DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

परिस्थितियों में परिवर्तन

Change of Circumstances

आपका नाम	क्लाइंट आईडी या सोशल सिक्योरिटी नंबर

सभी अनुभाग ध्यानपूर्वक पढ़ें। **अपने परिवार पर लागू होने वाले सभी बॉक्सों पर सही का निशान लगाएं।** इस फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करें, तिथि डालें, और इसे अपने स्थानीय कार्यालय को वापस भेजें। यदि आपका कोई प्रश्न है, या यदि आपको इस फ़ॉर्म को डाक द्वारा वापस भेजने के लिए डाक-शुल्क-भुगतान (पोस्टेज पेड) लिफ़ाफ़ा चाहिए, तो अपने स्थानीय कार्यालय से संपर्क करें।

आपके दायित्व: यदि आपके परिवार को नकद, बेसिक फ़ूड (बुनियादी भोजन) या चिकित्सा सहायता मिलती है, तो आपको मिलने वाले लाभों के आधार पर WAC 388-418-0005, 182-504-0105 और 182-504-0110 के तहत वर्णित परिवर्तनों की सूचना अवश्य देनी होगी। नकद और भोजन सहायता कार्यक्रमों के लिए, आपको इन परिवर्तनों के होने की तिथि के बाद वाले महीने की 10 तारीख तक हमें इनके बारे में बताना होगा। चिकित्सा सहायता के लिए, परिवर्तन होने के 30 दिनों के भीतर आपको हमें बताना होगा। यदि आप हमें किसी ऐसे परिवर्तन के बारे में बताते हैं जिसके बारे में बताना आपके लिए आवश्यक नहीं है, तो हमें यह देखना होगा कि इसका आपके लाभों पर क्या प्रभाव पड़ता है। इसके परिणामस्वरूप लाभों में कमी हो सकती है या आपके लाभ समाप्त हो सकते हैं। बेसिक फ़ूड के लिए, यदि आप स्वेच्छा से किसी नए निवास स्थान पर जाने की सूचना देते हैं, तो आपको अनुभाग 2 में अपने नए आवास व्यय की भी सूचना देनी होगी, भले ही उनके लिए अभी तक आपको बिल न भेजा गया हो। यदि आप हमें अपने नए आवास व्यय की जानकारी नहीं देते हैं, तो हम $0 का उपयोग करेंगे। इसके कारण आपको कम लाभ मिल सकते हैं।

1. ☐ मेरा पता बदल गया है।

☐ मैं किसी अन्य स्थान पर चला/चली गया/गई हूँ। स्थानांतरित होने की तिथि: _____ ☐ मेरा डाक पता बदल गया है। ☐ मैं बेघर हूँ।

मेरा नया आवासीय पता है:	अपार्टमेंट नंबर (यदि कोई हो)	मेरा नया डाक पता (यदि भिन्न हो) है:	अपार्टमेंट नंबर (यदि कोई हो)
शहर	राज्य ज़िप कोड	शहर	राज्य ज़िप कोड

2. ☐ मेरे आवास व्यय में बदलाव हुआ है।

बेसिक फ़ूड के लिए, केवल तभी रिपोर्ट करें जब इसमें वृद्धि हुई हो या आप किसी नए निवास स्थान पर गए हों। आवास व्यय में किसी भी अन्य परिवर्तन की सूचना **अपनी अगली मध्य-प्रमाणन या पात्रता समीक्षा** के समय दें। लागू होने वाले सभी विकल्पों पर सही का निशान लगाएं:

☐ मैं किराए पर रह रहा/रही हूँ।		☐ मैं मकान खरीद रहा/रही हूँ।	☐ मैं सब्सिडी वाले आवास में रह रहा/रही हूँ।
मासिक किराया राशि $	आपका हिस्सा, यदि भिन्न हो $	मासिक गिरवी (मॉर्गेज) राशि $	मासिक भुगतान राशि (केवल अपने हिस्से की सूची दें) $

मैं इनके लिए अलग से भुगतान करता/करती हूँ (लागू होने वाले सभी पर सही का निशान लगाएं):

☐ हीटिंग / कूलिंग (गरम/ठंडा रखने) की लागत मैं भुगतान करता/करती हूँ: $_____ प्रति माह।	☐ टेलीफ़ोन मैं भुगतान करता/करती हूँ: $_____ प्रति माह।	☐ गृह बीमा मैं भुगतान करता/करती हूँ: $_____ प्रति माह।	☐ संपत्ति कर मैं भुगतान करता/करती हूँ: $_____ प्रति माह।

3. ☐ कोई मेरे घर में रहने आया या मेरे घर से बाहर चला गया। लागू होने वाले सभी पर सही का निशान लगाएं और स्थानांतरित होने की तिथि

☐ कोई मेरे घर में रहने आया। तिथि: _____

रहने आए सभी व्यक्तियों की सूची बनाएं (नवजात शिशुओं सहित):

नाम	लिंग	मुझसे संबंध	सोशल सिक्योरिटी नंबर

मैं अपने रूममेट्स के साथ मिलकर भोजन खरीदता/खरीदती और तैयार करता/करती हूँ (लागू होने वाले बॉक्स पर सही का निशान लगाएं): ☐ हाँ ☐ नहीं

मैं किसी को इनमें शामिल करना चाहता/चाहती हूँ:
☐ नकद ☐ बेसिक फ़ूड ☐ बाल देखभाल
☐ चिकित्सा सहायता
यदि हाँ, तो किसे? नामों की सूची बनाएं:

☐ कोई मेरे घर से बाहर चला गया। तिथि: _____

बाहर गए सभी व्यक्तियों की सूची बनाएं:

नाम	मुझसे संबंध

मुझे उम्मीद है कि वह व्यक्ति/वे व्यक्ति मेरे साथ वापस रहने आएंगे (लागू होने वाले बॉक्स पर सही का निशान लगाएं): ☐ हाँ ☐ नहीं

मैं किसी को इनमें शामिल करना चाहता/चाहती हूँ:
☐ नकद ☐ बेसिक फ़ूड ☐ बाल देखभाल
☐ चिकित्सा सहायता
यदि हाँ, तो किसे? नामों की सूची बनाएं:

4. ☐ मेरे परिवार के संसाधनों में परिवर्तन हुआ है। मुझे या मेरे परिवार के किसी सदस्य को प्राप्त हुआ (लागू होने वाले सभी विकल्पों पर सही का

☐ बैंक खाता (लागू होने वाले सभी पर सही का निशान लगाएं): ☐ चेकिंग ☐ बचत (सेविंग्स) ☐ सीडी (CDs) ☐ मनी मार्केट
खाते में राशि: $_____ खाता खुलने की तिथि: _____

☐ वाहन: वर्ष: _____ मेक (कंपनी): _____ मॉडल: _____ प्राप्त होने की तिथि: _____

☐ टैक्स रिफ़ंड: $_____ प्राप्त होने की तिथि: _____ अर्जित इनकम टैक्स क्रेडिट (EITC) कितना था: $_____

☐ एकमुश्त राशि (पूर्वव्यापी लाभ, निपटान, या विरासत शामिल हैं): _____

☐ अन्य संसाधन (सूची बनाएं): प्राप्त होने की तिथि: _____

5. ☐ मेरे परिवार की आय में परिवर्तन हुआ है। आय के उदाहरणों में नौकरी या स्वरोजगार से कमाई या मजदूरी, बेरोजगारी लाभ, सोशल सिक्योरिटी, SSI, श्रम और उद्योग (L&I), बाल सहायता (चाइल्ड सपोर्ट), पूर्व सैनिक लाभ (VA), उपहार, या ऋण शामिल हैं। लागू होने वाले सभी विकल्पों पर सही का निशान लगाएं:

☐ **आय या नौकरी शुरू हुई।** आय शुरू होने की तिथि: _____ किसकी आय शुरू हुई: _____
सकल राशि (कर पूर्व): $_____ प्रति ☐ घंटा ☐ माह ☐ पूर्णकालिक (फ़ुल-टाइम) ☐ अंशकालिक (पार्ट-टाइम)
आय का प्रकार: _____ नियोक्ता का नाम (यदि कोई हो): _____
जिस/जिन तिथि(यों) पर व्यक्ति को आय मिलती है (उदा., प्रत्येक माह की 1 और 15 तारीख को या प्रत्येक शुक्रवार को): _____

☐ **आय या नौकरी समाप्त हुई।** आय बंद होने की तिथि: _____ किसकी आय बंद हुई: _____
आय बंद होने का कारण: _____

☐ **आय या नौकरी में वृद्धि हुई।** आय में वृद्धि होने की तिथि: _____ किसकी आय शुरू हुई: _____
सकल राशि (कर पूर्व डॉलर राशि) $_____ प्रति ☐ घंटा ☐ माह
आय का प्रकार: _____ नियोक्ता का नाम (यदि कोई हो): _____
यदि कार्यरत हैं, तो क्या यह **अंशकालिक से पूर्णकालिक** में परिवर्तन है? ☐ हाँ ☐ नहीं

☐ **आय या नौकरी में कमी हुई।** कमी शुरू होने की तिथि: _____ किसकी आय शुरू हुई: _____
सकल राशि (कर पूर्व डॉलर राशि): $_____ प्रति ☐ घंटा ☐ माह
आय का प्रकार: _____ नियोक्ता का नाम (यदि कोई हो): _____

6. ☐ मेरे परिवार में अन्य परिवर्तन हुए हैं। लागू होने वाले सभी विकल्पों पर सही का निशान लगाएं: कटौतियों में ऐसे असत्यापित परिवर्तन, जिनके कारण लाभों में वृद्धि हो सकती है, उन्हें आपकी अगली समीक्षा तक अपडेट नहीं किया जाएगा, जब तक कि हमें उस परिवर्तन का सत्यापन प्राप्त न हो जाए।

☐ मेरी बाल देखभाल (बेबीसिटिंग) लागत में बदलाव हुआ है, यह: $_____ / माह से बदलकर $_____ / माह हो गई है।
☐ गर्भावस्था शुरू हुई: _____; प्रसव की संभावित तिथि: _____।
☐ गर्भावस्था समाप्त हुई: _____; गर्भावस्था समाप्त होने की तिथि: _____।
☐ बाल सहायता भुगतान में बदलाव हुआ है, यह: $_____ / माह से बदलकर $_____ / माह हो गई है।
भुगतान कौन करता है: _____
☐ चिकित्सा व्यय में वृद्धि हुई है, यह: $_____ / माह से बदलकर $_____ / माह हो गई है।
भुगतान कौन करता है: _____
☐ वैवाहिक स्थिति में परिवर्तन हुआ: _____ ☐ विवाहित ☐ तलाकशुदा ☐ अलग रह रहे ☐ विधवा/विधुर
☐ निजी चिकित्सा कवरेज समाप्त हुआ: _____; कवरेज समाप्त होने की तिथि: _____
☐ निजी चिकित्सा कवरेज शुरू हुआ: _____; कवरेज शुरू होने की तिथि: _____
यदि कवरेज समाप्त या शुरू हुआ है, तो बीमा कंपनी का नाम और फ़ोन नंबर लिखें:
☐ मुझे पिछले 12 महीनों में लो इनकम होम एनर्जी असिस्टेंस एक्ट (Low Income Home Energy Assistance Act, LIHEAA) के तहत भुगतान प्राप्त हुआ है। राशि: _____
☐ लॉटरी या जुए में $4,750 या उससे अधिक की जीत (कर पूर्व डॉलर राशि): $_____;
किसको प्राप्त हुई: _____; प्राप्त होने की तिथि: _____

अन्य परिवर्तन (वर्णन करें)

भोजन सहायता जुर्माने की चेतावनी

हम दूसरी एजेंसियों से यह जाँच करते हैं कि आपकी जानकारी सही है या नहीं। यदि कोई जानकारी गलत हो, तो हो सकता है कि आवेदनकर्ता व्यक्ति को भोजन सहायता न मिले।

जानबूझकर इनमें से किसी भी नियम का उल्लंघन करने वाले सदस्य को:

- **अन्य लागू संघीय और राज्य कानूनों के तहत मुकदमा चलाया जा सकता है**
- **एक वर्ष से लेकर स्थायी रूप से SNAP से अयोग्य घोषित किया जा सकता है**
- **$250,000 तक का जुर्माना लगाया जा सकता है**
- **20 वर्ष तक का कारावास हो सकता है; या**
- **अदालत द्वारा आदेश दिए जाने पर अतिरिक्त 18 महीनों के लिए SNAP से अयोग्य घोषित किया जा सकता है।**

यदि कोई अदालत आपको इस बात का दोषी पाए:

ऐसे लेन-देन में लाभ प्राप्त करना जिसमें शामिल हो:	**आपको:**
• **किसी नियंत्रित पदार्थ की बिक्री**	**दो वर्ष से लेकर स्थायी रूप से अयोग्य घोषित किया जा सकता है।**
• **आग्नेयास्त्रों, गोला-बारूद, या विस्फोटकों की बिक्री**	**स्थायी रूप से अयोग्य घोषित किया जा सकता है।**
• **संयुक्त रूप से $500 से अधिक के तस्करी लाभ**	**स्थायी रूप से अयोग्य घोषित किया जा सकता है।**
• **निवास स्थान या पहचान संबंधी धोखाधड़ी**	**10 वर्षों के लिए अयोग्य घोषित किया जा सकता है**

मतदाता पंजीकरण
डिपार्टमेन्ट 1993 के राष्ट्रीय मतदाता पंजीकरण कानून की आवश्यकतानुसार मतदाता पंजीकरण सेवाएं प्रदान करता है। **मतदान के लिए पंजीकरण हेतु आवेदन करने या पंजीकरण करने से मना करने पर आपको इस एजेंसी द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं या लाभों की राशि पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।** यदि आप वोटर पंजीकरण फ़ॉर्म भरने में मदद चाहते हैं, तो हम आपकी मदद करेंगे। मदद माँगनी है या नहीं या उसे स्वीकार करना है या नहीं इसका निर्णय आपका होगा। आप निजी रूप से मतदाता पंजीकरण फ़ॉर्म भर सकते/सकती हैं। यदि आपको लगता है कि किसी ने मतदान के लिए पंजीकरण करने या पंजीकरण न कराने के आपके अधिकार, पंजीकरण कराने या आवेदन करने का निर्णय लेते समय आपकी गोपनीयता के अधिकार, या अपने स्वयं के राजनीतिक दल या अन्य राजनीतिक प्राथमिकता को चुनने के आपके अधिकार में हस्तक्षेप किया है, तो आप यहाँ शिकायत दर्ज कर सकते/सकती हैं: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)। **क्या आप मतदान के लिए पंजीकरण कराना चाहते/चाहती हैं या अपना मतदाता पंजीकरण अपडेट कराना चाहते/चाहती हैं?** ☐ हाँ ☐ नहीं **यदि आप किसी भी बॉक्स में सही का निशान नहीं लगाते/लगाती हैं, तो यह मान लिया जाएगा कि आपने इस समय मतदान के लिए पंजीकरण न कराने का निर्णय लिया है।**
घोषणा और हस्ताक्षर
मैं शपथभंग (झूठी गवाही) के दंड के तहत यह घोषणा करता/करती हूँ कि मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार मेरे द्वारा दी गई जानकारी सत्य और पूर्ण है। मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मैं गलत, भ्रामक या अधूरी जानकारी देता/देती हूँ, तो कानून (RCW 74.08.055 और RCW 74.08.331) के तहत मुझे दंडित किया जा सकता है। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी सत्यापन के अधीन है और मैं सत्यापन प्रस्तुत करने के लिए सहमत हूँ। यदि मैं आवश्यक प्रमाण प्रस्तुत नहीं कर सकता/सकती, तो मैं DSHS को मेरी ओर से प्रमाण प्राप्त करने के लिए अन्य व्यक्तियों या एजेंसियों से संपर्क करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। इस फ़ॉर्म पर मेरे हस्ताक्षर का अर्थ है कि मैंने उन सभी परिवर्तनों की सूचना दे दी है जिनकी सूचना देना मेरे लिए आवश्यक है।

हस्ताक्षर	तिथि	टेलीफ़ोन नंबर
परिवार के अन्य वयस्क सदस्य या प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	तिथि	टेलीफ़ोन नंबर